AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA
(D.Lgs. n. 517/1999 - Art. 3 L.R. Veneto n. 18/2009)

DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATA DI NEUROSCIENZE

UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI PSICHIATRIA dU - *Direttore: Prof. Mirella Ruggeri*
Borgo Roma - P.le L.A. Scuro, 10 - 37134 Verona - Tel. 045 812 4952 - Fax ~~045 802 7480~~ 045-8124854
e-mail: clinica.psichiatrica@ospedaleuniverona.it

Modulo per Proposta TSO **A**

Proposta T.S.O.

Si propone il trattamento sanitario obbligatorio per il/la

Sig./ra _____

Nato/a a _____

Il _____ e residente a _____ .

Il/la Sig./ra _____

è affetto/a da : _____.

Verificato che:

1. **sono necessari interventi terapeutici ospedalieri urgenti;**
2. **non sono accettati dal/la paziente;**
3. **non sussistono, del resto, condizioni e circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere.**

Si propone che il T.S.O. sia effettuato presso la Clinica Psichiatrica dell'Ospedale Policlinico "G.B. Rossi" di Borgo Roma.

Dr. _____

(Timbro con residenza e firma)

Verona, lì _____

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA
(D.Lgs. n. 517/1999 - Art. 3 L.R. Veneto n. 18/2009)

DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATA DI NEUROSCIENZE

UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI PSICHIATRIA dU - *Direttore: Prof. Mirella Ruggeri*
Borgo Roma - P.le L.A. Scuro, 10 - 37134 Verona - Tel. 045 812 4952 - Fax 045 802 7480
e-mail: clinica.psichiatrica@ospedaleuniverona.it

Modulo per Convalida TSO **B**

Al Signor Sindaco di

_____.

Oggetto: Convalida di proposta di trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

A norma dell'articolo 34, quarto comma, della Legge 23 dicembre 1978, n° 833, il dott: _____
Residente a _____
In Via/Piazza _____
Della struttura pubblica _____

Convalida

La proposta del dott. _____
Domiciliato a _____
In Via/Piazza _____

Per il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera

del/la Sig./ra _____**nato/a** _____
il _____e residente a_____
In Via/Piazza_____

Affetto da _____

Avendo accertato la validità dei motivi esposti dal suddetto sanitario e verificato che:

1. Esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
2. Gli interventi terapeutici proposti non sono stati accettati dall'infermo;
3. Non sussistono condizioni e circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere.

Si propone l'Ospedale di _____.

Il Medico
Della Struttura Sanitaria Pubblica

Verona lì, _____

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA
(D.Lgs. n. 517/1999 - Art. 3 L.R. Veneto n. 18/2009)

DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATA DI NEUROSCIENZE

UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI PSICHIATRIA dU - *Direttore: Prof. Mirella Ruggeri*
Borgo Roma - P.le L.A. Scuro, 10 - 37134 Verona - Tel. 045 812 4952 - Fax 045 802 7480
e-mail: clinica.psichiatrica@ospedaleuniverona.it

Verona, lì_____

Spett.le
Tribunale C.P. di Verona
Ufficio del Giudice Tutelare

SEDE

FAX prot. N°._____/T.S.O

In risposta al vostro FAX N°._____ del _____ si comunica che il/la Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via/Piazza_____ ricoverato/a nel nostro reparto in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio il _____ alle ore _____con la seguente diagnosi:

_____

☐ necessita tuttora di ricovero in regime di Trattamento Sanitario Obbligatori

☐ attualmente non presenta più le condizioni che richiedono l'obbligo del Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Il DIRETTORE

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA
(D.Lgs. n. 517/1999 - Art. 3 L.R. Veneto n. 18/2009)
DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATA DI NEUROSCIENZE
UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI PSICHIATRIA dU - *Direttore: Prof. Mirella Ruggeri*
Borgo Roma - P.le L.A. Scuro, 10 - 37134 Verona - Tel. 045 812 4952 - Fax 045 802 7480
e-mail: clinica.psichiatrica@ospedaleuniverona.it

Modulo per la Proroga TSO ***D***

*Verona, lì*_____

N° _____*di protocollo*

OGGETTO: Proposta di proroga per T.S.O.

Al Signor SINDACO di
_____

e p.c.

Al Signor GIUDICE TUTELARE
di Verona

Ai sensi dell'art. 33 della Legge 23 dicembre 1978, N° 833, **si propone la proroga** del Trattamento Sanitario Obbligatorio disposto dalla S.V. in data_____ per il/la Sig./ra _____
nato/a_____ il_____
e residente a _____
permanendo inalterate le condizioni che lo hanno reso necessario.

Con distinti saluti.

IL DIRETTORE

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA
(D.Lgs. n. 517/1999 - Art. 3 L.R. Veneto n. 18/2009)

DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATA DI NEUROSCIENZE

UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI PSICHIATRIA dU - *Direttore: Prof. Mirella Ruggeri*
Borgo Roma - P.le L.A. Scuro, 10 - 37134 Verona - Tel. 045 812 4952 - Fax 045 802 7480
e-mail: clinica.psichiatrica@ospedaleuniverona.it

Modulo per la Sospensione TSO ***E***

*Verona, lì*_____

N° _____ *di protocollo*

OGGETTO: Sospensione T.S.O.

Al Signor SINDACO di

_____

e p.c.

Al Signor GIUDICE TUTELARE
di Verona

Ai sensi dell'art. 35 della Legge 23 dicembre 1978, N° 833, si comunica che il/laSig./ra_____ nato/a a_____il_____ e residente a _____ per il/la quale la S.V. ha disposto in data _____il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, attualmente non presenta più le condizioni che hanno reso necessario il suddetto provvedimento. **Si propone, pertanto, la sospensione del Trattamento Sanitario Obbligatorio.**

Con distinti saluti.

IL DIRETTORE